

ÉTUDE ANATOMO-CHIRURGICALE

N^o 77

15

SUR

L'EXTIRPATION DE LA PAROTIDE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 29 Juillet 1907

PAR

A. MAGE

Né à Castelnau-le-Lez, le 30 septembre 1880

EX-INTERNE A L'HOPITAL DE CETTE



Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine



MONTPELLIER

IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN, MONTANE ET SICARDI

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1907

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (*) DOYEN
SARDA ASSESSEUR

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (*)
Clinique chirurgicale	TEDENAT.
Thérapeutique et matière médicale. . . .	HAMELIN (*)
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (*)
Physique médicale.	IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL
Clinique chirurgicale.	FORGUE (*)
Clinique ophtalmologique.	TRUC (*).
Chimie médicale.	VILLE.
Physiologie.	HEDON.
Histologie	VIALLETON
Pathologie interne.	DUCAMP.
Anatomie.	GILIS.
Opérations et appareils	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène.	BERTIN-SANS
Clinique obstétricale.	VALLOIS.

Professeurs adjoints : MM. RAUZIER, DE ROUVILLE

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires :

MM. E. BERTIN-SANS (*), GRYNFELT

M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards. .	RAUZIER, prof. adjoint
Pathologie externe	SOUBEIRAN, agrégé
Pathologie générale	N...
Clinique gynécologique.	DE ROUVILLE, prof. adj.
Accouchements.	PUECH, agrégé lib.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, agr.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, agr. libre.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE	MM. JEANBRAU	MM. GAGNIERE
RAYMOND (*)	POUJOL	GRYNFELT Ed
VIRES	SOUBEIRAN	LAPEYRE
VEDEL	GUERIN	

M. IZARD, *secrétaire.*

Examineurs de la Thèse

MM. GILIS, <i>président.</i>	MM. SOUBEIRAN, <i>agrégé.</i>
GRANEL, <i>professeur.</i>	GAGNIERE, <i>agrégé.</i>

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Je dédie ce travail, faible témoignage de
ma profonde reconnaissance et de mon
inaltérable affection.*

A MES SOEURS MATHILDE ET ANTOINETTE

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A. MAGE.

A MON CHER MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR P. GILIS

PROFESSEUR D'ANATOMIE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

CORRESPONDANT NATIONAL DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

A. MAGÉ.

A TOUS NOS MAITRES DE LA FACULTÉ ET DES
HOPITAUX DE MONTPELLIER

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GRANEL

DIRECTEUR DU JARDIN DES PLANTES

A MONSIEUR E. IZARD

SECRÉTAIRE GÉNÉRAL DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A NOS MAITRES DE L'HOPITAL CIVIL
DE CETTE

A NOS MEILLEURS AMIS :

LE DOCTEUR L.-E. PERDRIZET

MÉDECIN AIDE-MAJOR DE 1^{re} CLASSE

LE DOCTEUR J.-L. CROS

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX D'ORAN

A NOTRE AMI PEYRON

AIDE D'ANATOMIE

*En reconnaissance des conseils précieux et
dévoués, qu'il nous donna pour la préparation
de notre thèse.*

A. MAGE.

AVANT-PROPOS

Parvenu au terme de nos études de doctorat, nous ne quitterons pas cette vieille Faculté de Montpellier, où nous avons passé plusieurs années de notre jeunesse — les meilleures probablement de notre vie — sans adresser à tous nos maîtres de cette même Faculté et des hôpitaux, l'expression de notre plus vive reconnaissance ; nous garderons toujours le souvenir ému de leurs savantes leçons à l'amphithéâtre et celui de leurs brillantes cliniques au chevet des malades.

Qu'ils reçoivent ici le juste tribut d'hommages qui leur est dû.

Mais, parmi tous, nous prions particulièrement notre excellent maître, M. le Professeur Gilis, d'agréer le témoignage de notre profonde gratitude pour l'intérêt qu'il ne cessa de nous porter. Nous n'oublierons jamais son infinie bienveillance à notre égard. Nous le remercions vivement, en outre, pour le grand honneur qu'il nous fait aujourd'hui en acceptant de présider notre thèse.

Nos remerciements vont encore à M. le professeur Granel, à MM. les professeurs agrégés Soubeiran et Gagnière, qui ont aimablement accepté de paraître à notre thèse.

Pendant l'année 1905, nous avons été interne à l'hôpital civil de Celle. Nous avons reçu, à ce titre, d'excellents con-

VIII

seils et de nombreuses marques de sympathie de la part de MM. les docteurs Petit et Scheydl, Ducloux et Duffour, médecins et chirurgiens de l'hôpital. Il nous est agréable, à notre tour, de leur en exprimer aujourd'hui toute notre reconnaissance.

INTRODUCTION

Le chirurgien appelé à intervenir dans la région parotidienne ne saurait s'y aventurer indifféremment : la structure anatomique particulièrement complexe de cette région, l'importance des organes que l'on y rencontre et les dangers consécutifs à leur blessure, justifient la nécessité d'une connaissance approfondie des rapports anatomiques à ce niveau.

« La chirurgie parotidienne est une de celles où s'affirme le plus la nécessité et les avantages de l'application des données anatomiques. »

Cette idée de notre maître, M. le professeur Gilis, nous a conduit à faire, comme sujet de notre thèse inaugurale, une étude anatomo-chirurgicale sur l'extirpation de la parotide. Nous avons pu pratiquer cette opération sur plusieurs cadavres, tantôt d'après la technique de Faure, tantôt d'après celle, récemment préconisée par Bérard et Leriche ; nous nous aiderons de nos recherches, jointes à d'autres considérations, pour émettre quelques remarques sur la valeur comparative de ces deux procédés.

Nous avons eu l'occasion de parcourir un intéressant travail de MM. Delanglade et Peyron, à propos d'un cas d'épithélioma parotidien.

A la suite de cette lecture, et, nous inspirant des conclusions auxquelles sont arrivés les auteurs, nous croyons devoir

écrire également quelques courtes pages sur la question encore controversée de l'origine des néoplasmes parotidiens.

Nous divisons notre travail en 6 chapitres :

- I. Historique de l'extirpation.
 - II. Généralités sur les tumeurs parotidiennes.
 - III. Indications et contre-indications de l'extirpation.
 - IV. Considérations sur l'anatomie de la région parotidienne.
 - V. Manuel opératoire et discussion.
 - VI. Conclusions.
-

ÉTUDE ANATOMO-CHIRURGICALE

SUR

L'EXTIRPATION DE LA PAROTIDE

HISTORIQUE DE L'EXTIRPATION

L'histoire de l'extirpation de la parotide présente deux phases nettement séparées par la publication, en 1841, du travail de Bérard sur les « maladies de la glande parotide et de la région parotidienne ».

Avant cette date, il n'est presque pas question, dans la littérature médicale, de l'extirpation de la parotide. Les chirurgiens ne tentent guère cette opération, et cela pour des raisons différentes.

Les uns, avec Maisonneuve, Gensoul, Velpeau, estiment que les tumeurs parotidiennes sont le plus souvent des cancers du type squirrheux, demeurant bénins même à très longue échéance, et concluent à l'inutilité d'une intervention qui pourrait être dangereuse.

D'autres chirurgiens, avec Burns, invoquent surtout la difficulté de l'intervention, en particulier l'impossibilité de suivre la glande dans ses prolongements et de l'enlever en totalité.

« Si l'on injecte du mercure, dit Burns, par le canal de

Sténon jusque dans les grains glandulaires de la parotide et qu'on essaie, avec le bistouri, de détacher la glande, quelque soin que l'on apporte à cette dissection, il est impossible d'y parvenir sans voir ruisseler le métal de la surface des incisions ; ce qui indique que l'on intéresse la glande en un grand nombre de points. »

Une troisième catégorie de chirurgiens, avec Richter, Boyer, Richerand, ne tentent pas l'opération, effrayés qu'ils sont par les dangers de l'hémorragie dans une région où l'hémostase est difficile.

Enfin, il en est d'autres qui n'enlèvent pas la parotide, redoutant la section du nerf facial ou la section des nerfs profonds : spinal, pneumogastrique, etc.

Telles sont les raisons qu'avant Bérard invoquent les adversaires de l'extirpation ; et en effet, la crainte des difficultés énoncées ci-dessus est telle que Murat, après avoir été pourtant partisan de l'intervention en 1803, la rejette 16 ans plus tard, lorsqu'il écrit : « En me résumant, je dois dire que la section partielle de la parotide est insuffisante et non exempte de dangers ; je pense que l'ablation entière de cette glande est impossible et que, si l'on avait la hardiesse d'entreprendre une opération semblable, on compromettrait la vie de l'individu qu'on voudrait y soumettre. Je n'ai pas toujours professé cette opinion : jeune encore, privé de l'expérience nécessaire, j'ai cru et publié que cette opération me semblait possible. Toutefois, je ne me dissimulais pas ses dangers ! mais, n'ayant pas de faits particuliers à opposer aux auteurs qui assurent avoir extirpé ou vu extirper la glande parotide, j'ai dû les croire sur parole. Éclairé par quelques observations, par des recherches anatomo-pathologiques, et par l'analyse critique de quelques écrivains modernes, je m'empresse de faire l'aveu de mon erreur. »

A côté des chirurgiens qui condamnent l'opération, il y a ceux, moins nombreux, qui la défendent. Heister la considère comme facile à exécuter et presque exempte de danger; il appuie son opinion sur un grand nombre de cas tirés de sa pratique. Avec lui, Acrel, Siébold, Souscrampes, Lacoste, Bécлар, témoignent, par des observations dont certaines leur sont propres, de la possibilité d'extirper la parotide. Mais la question est de savoir si, au cours de cette opération prétendue facile, la glande a été enlevée en totalité, et c'est là le grand argument des adversaires de l'extirpation. Ainsi, Borden, dans ses « Mémoires sur les écrouelles dans les Prix de l'Académie de chirurgie », met en doute l'extirpation totale rapportée par Heister : « Tous ceux, écrit-il, qui disent avoir emporté la parotide, l'ont-ils fait ? Nous l'avons trouvée dans des cadavres et aperçue sur des vivants auxquels on nous dit l'avoir enlevée; il est aisé de se tromper là-dessus et de prendre quelques lymphatiques engorgés ou une portion de la glande elle-même pour la totalité. »

Cette idée est encore partagée par Cullerier (journal de médecine 1806), d'après lequel plusieurs dissections pratiquées sur le cadavre, ont démontré que le mal était dans les ganglions lymphatiques ! Boyer (maladies chirurgicales) rapporte un cas diagnostiqué tumeur de la parotide et qui n'était autre qu'une tumeur des ganglions lymphatiques. L'ablation faite de la masse ganglionnaire, on apercevait au fond de la plaie la parotide refoulée et comprimée.

En somme, avant Bérard, l'extirpation de la parotide a eu des partisans; mais on peut dire qu'elle a été rejetée par la majorité des chirurgiens, soit que, mal éclairés par l'anatomie pathologique, ils se fassent illusion sur la bénignité du mal, soit qu'ils redoutent une hémorragie mor-

telle ou des paralysies consécutives à des sections nerveuses inévitables, soit enfin qu'ils ne croient pas à la possibilité d'enlever tout le mal.

En 1841, paraît le travail fondamental de Bérard qui, groupant 52 observations, inaugure une ère nouvelle dans l'histoire de la chirurgie parotidienne. « De ces faits, écrit l'auteur, quelques-uns, en très petit nombre, ne permettent pas de douter que ce soit bien la parotide squirrheuse qui ait été enlevée en totalité ; l'inspection de la tumeur montre sa véritable nature ; la place qu'occupe la glande est entièrement vide de l'organe qu'elle doit contenir ; l'hémiplégie faciale est complète ; les vaisseaux divers mis à découvert sont ceux qui ornent la partie la plus profonde de l'échancrure. Quel ensemble de preuves plus nombreuses, plus convaincantes, peut-on résumer pour constituer une démonstration ? »

Bérard groupe ensuite les arguments à l'aide desquels il détruit une à une, les raisons opposées par les adversaires de l'extirpation : 1^o il montre qu'il est possible, dans la majorité des cas, de vérifier si la tumeur a été extirpée en totalité ; 2^o il réfute l'objection tirée des difficultés de l'hémostase, lesquelles ne lui paraissent plus aussi redoutables qu'à ses prédécesseurs ; 3^o il rejette l'objection tirée de l'hémiplégie faciale qui lui paraît une simple infirmité, en regard de la mort du malade rendue certaine par l'abstention chirurgicale.

Ces conclusions de Bérard augmentent, par la suite, le nombre des partisans de l'intervention. Dès ce moment, cette question devient à la mode ; on en discute un peu partout ; de nombreux travaux sont publiés, qu'il serait fastidieux d'énumérer ; il y a lieu pourtant de citer entre autres une communication de Monod à la Société de chirurgie en 1849, communication suivie d'une discussion

sur la blessure partielle de la carotide externe au cours de l'opération : Nélaton, Huguier, Denonvilliers y prirent part.

En 1852, Triquet, dans les Archives de médecine, publie un important travail où il établit, en se basant sur de nombreuses dissections, qu'il est possible de pratiquer l'extirpation de la parotide, sans blesser, ni la carotide externe, ni le nerf facial. Mais plus tard, cet enthousiasme en faveur de l'intervention va diminuant peu à peu. Til-laux (Traité d'anatomie topographique, 1884) la rejette dans les tumeurs malignes, la déclarant inutile si elle est incomplète, dangereuse si elle est complète.

A la même époque, Michaux (thèse sur le carcinome de la parotide) se range également parmi les partisans de l'abstention. En 1895, Faure publie dans la *Gazette des Hôpitaux*, une excellente étude d'anatomie appliquée à l'extirpation de la parotide ; son manuel opératoire comporte une résection, plus ou moins étendue, du bord postérieur de la branche montante du maxillaire. Après lui, Morestin (Traité de chirurgie clinique) propose, au lieu de la timide brèche de Faure, la résection de la totalité de la branche montante du maxillaire. Enfin, récemment, Bérard et Leriche (Revue de chirurgie 1906), préconisent un procédé comportant la section, au moyen de la scie à chaîne, de la moitié postérieure seulement, de la branche montante du maxillaire, y compris le condyle.

La méthode de Bérard est encore trop récente pour qu'on puisse la juger à ses résultats ; la méthode de Faure semble, à l'heure actuelle, avoir la faveur de la plupart des chirurgiens.

GÉNÉRALITÉS SUR LES TUMEURS PAROTIDIENNES

On peut rencontrer au niveau de la région parotidienne des tumeurs de nature variable :

1° Épithéliomas cutanés (épithéliomas cutanés proprement dits et épithéliomas des glandes sudoripares).

2° Épithéliomas ganglionnaires secondaires ou primitifs (Le Dentu).

3 Lymphadénomes et lymphosarcomes.

4° Tumeurs de substance conjonctive : lipomes intra ou périparotidiens, sarcomes, myxomes, fibromes, ces deux dernières variétés étant rares à l'état pur.

5° Tumeurs à tissus complexes (épithélio-sarco-myxofibro-chondromes).

Ce sont les tumeurs mixtes, les plus usuelles.

6° Épithéliomas glandulaires purs, développés aux dépens des acinis ou des canalicules parotidiens, et dans lesquels le tissu conjonctif est homogène,

Nous ne comptons pas, parmi les tumeurs, les diverses variétés d'angiome ou de lymphangiome, les anévrysmes et les diverses variétés de kystes (salivaires, sébacés, séreux, simples, sanguins).

De cet ensemble de tumeurs, nous retiendrons spécialement l'épithélioma glandulaire pur et la tumeur mixte ; il serait intéressant, pour en tirer des déductions cliniques,

de pouvoir préciser les rapports pathogéniques qui unissent l'une à l'autre ces deux formes d'inégale malignité.

Malheureusement, l'étude anatomo-pathologique des tumeurs mixtes est encore, à l'heure actuelle, controversée ; et, d'autre part, l'épithéliome glandulaire pur de la parotide est une variété rare de notion encore toute récente. Il n'entre pas dans le cadre de notre sujet d'étudier la pathogénie complexe des néoplasmes parotidiens ; nous nous bornerons à exposer l'état actuel de la question.

A la théorie épithéliale des tumeurs mixtes, telle qu'elle a été soutenue depuis longtemps par les anatomo-pathologistes français, en particulier par les élèves du professeur Malherbe, de Nantes, on a opposé successivement la théorie de l'origine conjonctive ou endothéliale (théories allemandes de Nasse-Volkman-Kolaczek, reprises plus tard en France par Curtis et Phocas, Bosc et Jeanbrau) ; la théorie des inclusions branchiales (Cunéo et Veau) ; enfin, la théorie plus récente des inclusions embryonnaires (Wilms-Massabuau).

Il semble qu'on puisse, à l'heure actuelle, considérer comme définitivement acquis les points suivants :

1° L'hypothèse de l'origine conjonctive ou endothéliale ne saurait expliquer d'une façon satisfaisante la présence simultanée d'amas épithéliaux authentiques d'origine acineuse ou canaliculaire et de formations malpighiennes typiques (cellules à prolongements dentelés, globes épidermiques).

2° La théorie des inclusions branchiales, qui avait rallié, dès son apparition, la plupart des anatomo-pathologistes, est aujourd'hui fortement battue en brèche. Ce n'est pas que le développement des branchiomes au niveau des régions parotidienne et cervicale soit mis en doute

par les histologistes ; leur existence est, au contraire, incontestée et incontestable, et ces tumeurs ont été d'ailleurs étudiées antérieurement à la communication de Cunéo et Veau, dans le travail inaugural de Brintet (1) ; mais il s'agit, dans tous ces cas, de tumeurs juxta-glandulaires, juxta-parotidiennes, et leur existence ne saurait être invoquée pour rejeter l'origine épithéliale des tumeurs de la glande proprement dite.

3° L'hypothèse qui invoque l'inclusion de germes embryonnaires issus du bourgeon ectodermique de la glande et demeurés inutilisés à l'intérieur de celle-ci, a pu paraître séduisante à beaucoup d'égards ; mais elle est aussi exclusive que la précédente.

Il faudrait d'ailleurs la légitimer, au préalable, en démontrant l'existence fréquente, dans la parotide, de ces bourgeons ectodermiques inutilisés. Or, une telle démonstration n'a jamais été faite encore, et les auteurs qui se sont occupés du développement des glandes salivaires (His-Chiewitz-Marshall Flint) sont muets à ce sujet.

En définitive, la théorie glandulaire des tumeurs mixtes semble avoir survécu à toutes les objections qu'on lui a successivement opposées.

Sans vouloir grouper ici tous les arguments qui militent en sa faveur, nous nous contenterons de montrer qu'il n'est pas nécessaire de recourir aux diverses hypothèses des inclusions pour expliquer la présence des amas d'épithélium pavimenteux stratifié dans les tumeurs mixtes. La démonstration sur ce point nous sera facile, il nous suffira de résumer les arguments apportés par notre ami Peyron (2)

(1) Brintet : Les Carcinomes branchiogènes (Th. de Montp. 1898).

(2) Société des Sciences médicales de Montpellier : juin, 1907.

1° On peut invoquer tout d'abord un fait histologique dont l'importance ne saurait être méconnue, c'est que les canaux excréteurs des glandes salivaires peuvent être revêtus d'épithélium pavimenteux stratifié sur une partie plus ou moins considérable de leur surface (1) ; il s'agit incontestablement d'une disposition exceptionnelle ; mais n'est-il pas permis de penser qu'en matière d'anomalies toutes se valent et que les inclusions branchiales embryonnaires et autres sont des anomalies ?

2° Mais en fait, il n'est point nécessaire que l'épithélium pavimenteux stratifié préexiste dans le tissu glandulaire pour expliquer, dans une tumeur mixte, l'apparition d'amas épithéliaux du type malpighien, et tout porte à croire que les épithéliums des canaux excréteurs sont susceptibles de donner lieu, par métaplasie, à des épithéliums pavimenteux typiques. La ligature du canal de Sténon, chez le lapin, produit au bout de quelques semaines, la transformation de l'épithélium des canaux excréteurs en épithélium pavimenteux stratifié (Brusis).

3° Au surplus, l'observation anatomo-pathologique directe plaide nettement en faveur de cette métaplasie. Ehrich, qui a étudié récemment un grand nombre de tumeurs des glandes parotide et sous-maxillaire, a pu suivre sur beaucoup d'entre elles la transformation de l'épithélium prismatique ou cylindrique des canaux excréteurs en épithélium pavimenteux stratifié ; on trouverait de semblables exemples de métaplasie dans d'autres tumeurs glandulaires et nous citerons en particulier, les tumeurs de la glande mammaire et celles de la glande de Bartholin.

(1) Schaffer, cité par Ebner, l'a constaté dans un cas au niveau de la glande sublinguale.

Pour ces dernières tumeurs, comme pour les tumeurs des glandes salivaires, les diverses modalités d'inclusion que l'on a proposées restent encore à l'état de simples hypothèses, et il faut reconnaître que les données actuelles de l'histologie sur la prétendue spécificité cellulaire ne sont pas faites pour les confirmer.

Cet ensemble de faits, rapproché des caractères histologiques propres à l'épithélioma glandulaire pur (Delanglade et Peyron) nous paraît en faveur de la théorie unitaire des néoplasmes de l'appareil salivaire, qu'ont soutenue depuis longtemps les anatomo-pathologistes de l'école française ; mais il faut reconnaître que si cette théorie glandulaire s'impose à l'heure actuelle de plus en plus, elle a été, d'autre part, défendue pendant longtemps, en particulier jusqu'au mémoire fondamental de Berger, à l'aide d'arguments d'inégale valeur, auxquels manquait une vérification histologique précise.

De ce résumé anatomo-pathologique, d'ailleurs succinct, il nous sera permis de tirer une conclusion générale ; c'est que malgré l'opinion de certains auteurs ralliés aux hypothèses de l'origine endothéliale ou branchiale et à celle des inclusions embryonnaires, il n'y a pas lieu d'opposer les tumeurs mixtes, comme tumeurs histologiquement bénignes, aux épithéliomas malins du type glandulaire pur. Seule, la réaction conjonctive les différencie : tissu conjonctif homogène dans l'une, tissu conjonctif polymorphe dans l'autre. Or, il apparaît de plus en plus, que c'est là une simple différence de degré. Même dans l'épithélioma glandulaire typique, le tissu conjonctif peut présenter, par places, un aspect spécial correspondant à une réaction myxoïde atténuée (Paviot-Delanglade et Peyron). Entre cette réaction myxoïde atténuée du stroma et la réaction fibro-cartilagineuse complexe des

tumeurs mixtes, on peut trouver tous les intermédiaires.

D'ailleurs, lors même que l'anatomie pathologique justifierait une telle opposition, la clinique ne montre-t-elle pas chaque jour, qu'il est difficile de subordonner l'évolution d'une tumeur à sa nature histologique ? Nous nous en autoriserons pour aborder d'emblée l'étude des conditions générales d'opérabilité des néoplasmes parotidiens, sans nous attarder à un diagnostic oiseux de leurs variétés cliniques.

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS DE L'EXTIRPATION

Dans l'étude des conditions d'opérabilité des tumeurs parotidiennes, nous aurons à nous garder de deux opinions extrêmes : celle de Bérard pour qui « ni le volume, ni l'adhérence de la tumeur ne constituent pas des contre-indications » et celle des auteurs qui rejettent systématiquement l'intervention comme inutile et dangereuse. « L'ablation de ces tumeurs, dit Tillaux, entre autres, étant inutile lorsqu'elle est incomplète, à peu près fatalement mortelle lorsqu'elle est totale, je considère qu'on ne doit pas la tenter. »

En réalité, entre ces opinions extrêmes, la conduite du chirurgien doit varier suivant le cas. L'extirpation de la parotide ne peut être entreprise avec sécurité et espoir de guérison, que lorsque le mal est à son début et qu'il n'a pas encore dépassé les limites de la loge glandulaire. En somme, l'opération est indiquée lorsqu'il est possible de tout enlever de la tumeur sans avoir à intéresser les parois du pharynx, ni le paquet vasculo-nerveux profond du cou.

A ce double titre, sont opérables dans l'immense majorité des cas les diverses variétés de tumeurs bénignes : 1^o tumeurs conjonctives (myxome, sarcome, etc) ; 2^o tumeurs mixtes au début.

Elles se présentent sous forme de tumeurs mobiles sur les parties profondes ; la peau n'est pas adhérente à leur surface ; leur évolution est extrêmement lente ; l'état général du malade est satisfaisant.

Il est important d'intervenir le plus tôt possible. Nous savons, en effet, que les plus bénignes des tumeurs mixtes, après avoir évolué lentement pendant des années, peuvent, au cours d'une deuxième phase de leur évolution, présenter l'allure rapide des néoplasmes les plus malins.

En ce qui concerne les tumeurs parotidiennes malignes, nous pensons que l'évidement de la loge parotidienne est encore formellement indiqué, mais à une condition : c'est d'enlever tout le mal en dépassant autant que possible les limites. Cette extirpation large n'est pas réalisable lorsque le néoplasme s'étend aux parois du pharynx et au paquet vasculo-nerveux profond du cou. Or, étant donnée la rapidité d'envahissement des tumeurs malignes, l'intervention, pour être utile, devra être précoce. C'est la condition nécessaire pour éviter les récidives ; au surplus, l'apparition de récidives, même successives, ne contre-indique pas nécessairement l'opération. Billroth ne rapporte-t-il pas un cas qui récidiva 9 fois, et dans lequel, grâce à des opérations successives, le sujet vécut 25 ans ?

Telles sont les indications de l'intervention. Y a-t-il des contre-indications ? Nous ne considérons plus à l'heure actuelle comme contre indication, l'argument longtemps invoqué, à savoir que l'extirpation complète de la glande est impossible. Cette objection a singulièrement perdu de sa valeur aux yeux des chirurgiens qui savent s'astreindre à une technique opératoire réglée. D'ailleurs la résection osseuse plus ou moins étendue au niveau de la bran-

che montante du maxillaire inférieur, permet d'élargir à volonté le champ opératoire pour suivre les divers prolongements de la tumeur. Sur ce point, on pourrait emprunter à Tillaux lui-même un argument contraire à l'abstention systématique formulée par le grand chirurgien. N'a-t-il pas, en effet, rapporté le cas d'un jeune Canadien opéré deux fois par des chirurgiens anglais, et définitivement guéri par une troisième intervention comprenant la résection de la branche montante du maxillaire ?

Il n'y a pas lieu, non plus, de retenir la contre-indication tirée des dangers de l'hémorragie au cours de l'intervention ; elle était valable à l'époque où Acrel, extirpant la parotide, était réduit à pratiquer le tamponnement de la carotide externe avec de la cire, mais elle tombe devant nos procédés actuels d'hémostase.

En ce qui concerne l'artère carotide externe, sa ligature constitue un temps essentiel de toutes les techniques.

Ce qui pourrait arrêter le chirurgien, ce serait la crainte de blesser la veine jugulaire interne ou l'artère carotide interne. La blessure de cette dernière est très rare, protégée qu'elle est par la veine jugulaire interne, en dedans de laquelle elle est située ; on a le plus souvent, en revanche, à pratiquer la ligature de la jugulaire. Mais les cas où ces accidents peuvent arriver, se rapportent à des tumeurs malignes adhérentes au paquet vasculo-nerveux profond ; or, nous allons voir qu'une telle propagation constitue une contre-indication formelle à l'intervention ; en dehors de ces cas, les vaisseaux profonds du cou, situés derrière le feuillet postérieur de la loge parotidienne, sont généralement à l'abri d'une blessure.

Enfin l'objection tirée de la paralysie post-opératoire du facial ne saurait suffire à contre-indiquer l'interven-

tion. S'agit-il, en effet, d'une tumeur bénigne ? Il est possible dans certains cas de tumeur toute récente, encore encapsulée, de pratiquer l'extirpation de la glande sans léser le nerf facial. S'il s'agit, au contraire, de tumeur mixte ancienne ou d'épithélioma primitif, la question ne se pose pas, la paralysie étant réalisée depuis longtemps.

En définitive, la seule contre-indication des tumeurs de la parotide consiste dans l'envahissement, par le néoplasme, de la paroi pharyngienne et des adhérences générales au paquet vasculo-nerveux profond du cou : jugulaire interne, artère carotide interne, pneumogastrique ; l'opération serait impossible, presque fatalement mortelle, la récurrence inévitable.

Un ensemble de signes physiques fonctionnels et de signes tirés de l'état général, peuvent traduire souvent cet état « d'inopérabilité ».

Voici une tumeur qui a débuté à l'âge adulte et qui a évolué rapidement : elle est volumineuse, adhérente à la peau ; le lobule de l'oreille est refoulé par le néoplasme, et le conduit auditif est aplati ; l'articulation temporo-maxillaire est appliquée sur la tumeur et le tissu conjonctif rétro-maxillaire est envahi. On peut mettre en évidence une immobilité très accusée de la tumeur sur les parties profondes ; si on lui communique des mouvements, ceux-ci se transmettent aux piliers du voile du palais correspondant qu'on voit se soulever à ce moment ; le toucher pharyngien combiné au toucher extra-cervical de la région parotidienne, permet de constater aisément l'extension à la profondeur.

Le malade éprouve de la difficulté pour écarter ses mâchoires, de la gêne à la déglutition, de l'affaiblissement de l'ouïe ; il présente des troubles de la digestion et de la respiration dus à ce que les vaisseaux carotidiens, les

nerfs pneumogastrique et glosso-pharyngien sont intéressés par la tumeur ; de plus, il y a de la gêne au passage de l'air vers les voies aériennes ; le malade est tourmenté par des douleurs violentes.

En outre, l'état général de ce dernier, fils ou descendant de cancéreux, est devenu rapidement mauvais. On constate tous les signes de la cachexie : amaigrissement, teint jaune-paille, etc.

Il est évident que, dans des cas de ce genre, le chirurgien ne doit pas tenter l'opération. Mais il n'est pas toujours aussi facile d'établir ce degré « d'inopérabilité ». A ce sujet, nous nous rallions à l'opinion de Lautier (1) : « Il pourra, dit-il, se présenter des malades porteurs de tumeurs peu développées mais paraissant adhérentes ; rien ne nous autorisera à porter le diagnostic de tumeur maligne, et, cependant, voilà un malade qui a, dans ses antécédents héréditaires, des cas de cancer ; il a vu la tumeur se développer assez rapidement. La conduite inspirée dans ces cas douteux par l'intérêt du malade nous paraît être la suivante : faire une incision pour se rendre compte de la nature de la tumeur, de ses rapports avec les parties voisines et agir en conséquence. »

En résumé, dans les cas de tumeurs bénignes, l'intervention est indiquée dès le début. Pour ce qui est des tumeurs malignes, il y a lieu de distinguer celles qui n'ont pas encore gagné les parties profondes de la loge parotidienne et celles qui se sont propagées à ces parties. Dans le premier cas, une ablation large s'impose ; dans le second, l'abstention doit être la règle.

(1) Lautier, thèse de Montpellier, 1897 : Etude sur l'extirpation de la parotide dans les tumeurs de la loge parotidienne.

CONSIDÉRATIONS SUR L'ANATOMIE DE LA RÉGION PAROTIDIENNE

Il serait dans le plan de notre travail de décrire ici la région parotidienne ; mais nous pensons que la description imitée d'un auteur ne saurait présenter l'intérêt qui s'attache à l'original. C'est pourquoi nous préférons renvoyer le lecteur aux leçons (1) si claires, si nettes, faites sur ce sujet, par notre maître, M. le professeur Gilis.

Toutefois, il est important pour nous, qui avons en vue le manuel opératoire de l'extirpation parotidienne, d'insister sur trois points bien mis en lumière par Faure et Gilis : 1° sur les variations des rapports anatomiques de l'artère carotide externe et du nerf facial avec la glande parotide ; 2° sur la notion des pédicules de la glande ; 3° sur le degré d'indépendance de celle-ci vis-à-vis des organes qui lui sont contigus, c'est-à-dire sur l'existence de zones décollables et de zones adhérentes.

I. — RAPPORTS DE L'ARTÈRE CAROTIDE EXTERNE ET DU NERF FACIAL AVEC LA GLANDE PAROTIDE.

On a toujours discuté sur la possibilité ou l'impossibilité d'extirper la parotide sans blesser l'artère carotide externe ou sans sectionner le facial.

(1) Leçons recueillies et publiées par Peyron, 1906

Pour ce qui est de la première, il s'agit de savoir si elle est intra glandulaire au cours de son trajet dans la loge parotidienne, ou bien si elle est simplement logée dans une gouttière creusée sur la face profonde de la glande.

Monod, Nélaton, Gosselin, assurent avoir rencontré assez fréquemment cette dernière disposition.

Dans un article publié en 1852 dans les Archives générales de médecine, Triquet distingue d'après ses dissections quatre variétés de rapports entre l'artère carotide externe et la glande.

La plus fréquente est celle dans laquelle la glande ne fournit qu'une simple gouttière à la carotide. On comprend que dans ce cas la parotide a pu être enlevée sans blessure de l'artère.

La deuxième variété est celle dans laquelle le sommet de la glande fournit un canal complet ; on conçoit que dans ce cas l'artère a dû être divisée quand la parotide a été enlevée en totalité.

Dans une troisième variété, l'artère est cachée par le bord postérieur de la mâchoire. On ne peut donc atteindre le vaisseau (quand on agit avec précaution) sans dépasser les limites de la région.

Enfin, la quatrième disposition, celle dans laquelle la parotide elle-même tout entière, saine ou dégénérée, a pu être extirpée sans léser le vaisseau car l'artère n'a plus ici que des rapports de simple voisinage ou de contiguïté.

Ces conclusions de Triquet ne sont pas acceptées par la majorité des auteurs, et ceux-ci, avec Sappey, Richet, Tillaux, entre autres, ne les admettent qu'à titre d'anomalies. Si nous nous reportons aux données de M. le professeur Gilis, nous voyons que sur sept sujets qui furent examinés dans son laboratoire, l'artère carotide ne fut trouvée indépendante de la glande que dans un cas.

Depuis, notre ami Peyron a eu l'occasion de disséquer la glande parotide de neuf sujets et n'a rencontré cette disposition qu'une fois, chez un adulte vigoureux dont les parotides étaient surtout développées à la face externe du masséter. Sur ce sujet, il était facile de décoller, avec le manche du bistouri, la carotide de la face interne de la glande à laquelle elle était simplement reliée par quelques tractus fibreux ; l'artère maxillaire interne était extra-glandulaire pendant quelques millimètres de son trajet.

Nous-même avons eu l'occasion d'extirper quatre parotides sur des cadavres et nous avons noté dans un cas que la carotide externe ne pénétrait dans la glande qu'au niveau du col du condyle ; les collatérales destinées aux parois de la loge étaient toutes extra-glandulaires.

Nous concluerons de ces recherches que si les dispositions rencontrées par Triquet n'ont pas la fréquence que leur attribue cet auteur, il n'en est pas moins vrai que dans certains cas, rares sans doute, on peut pratiquer l'évidement de la loge parotidienne sans avoir à lier le tronc de la carotide externe. Forgue (in thèse de Lantier 1897) a pu, dans deux cas sur huit, éviter la ligature de cette artère !

En ce qui concerne les rapports du facial avec la glande, tout le monde est d'accord aujourd'hui, pour admettre que le tronc de ce nerf est intra-glandulaire dans tout son trajet et que sa section est inévitable au cours de l'extirpation complète de la glande ; cette notion n'a pas toujours été admise. En 1835, Nægelé disait avoir pratiqué cette opération sans qu'elle fût suivie de paralysie faciale. Triquet décrivait trois variétés de rapport du nerf facial avec la parotide.

Dans une première variété, le nerf, au lieu de pénétrer dans la glande, gagne immédiatement son bord antérieur.

Dans une seconde variété, le nerf peut être à demi recouvert par quelques granulations, mais il est facile de le séparer de la glande sans le déchirer.

Dans une troisième variété le nerf est tout simplement accolé à la face profonde de la glande.

Et Triquet admettait aussi la possibilité de l'extirpation glandulaire sans paralysie faciale.

Ilâtons-nous de dire que les conclusions de Nægelé et de Triquet n'ont pas été acceptées par les auteurs qui n'ont plus retrouvé ces dispositions anatomiques. En dehors de ces cas, véritables anomalies exceptionnelles, l'extirpation parotidienne entraîne toujours la section du facial.

II. — PÉDICULES DE LA PAROTIDE

Si l'on met à part le canal de Sténon, les nerfs facial et auriculo-temporal, on voit que tous les pédicules de la parotide sont constitués par des vaisseaux ; mais ceux-ci sont loin de présenter tous une égale importance ; il en est de négligeables au point de vue opératoire, tels ces vaisseaux très petits que l'on rencontre sur la face externe de la parotide, entre la glande et la peau ; il en est, en revanche, certains, dont il est indispensable de bien repérer la position, car leur section constitue un temps essentiel des extirpations méthodiques : on les rencontre de préférence le long des bords de la glande.

Le pédicule antérieur, volumineux, est constitué par le canal de Sténon accompagné de l'artère transversale de la face, d'un filet du nerf facial et d'un certain nombre de veines ; le prolongement massétérin de la glande le suit jusqu'au muscle buccinateur.

On rencontre au niveau de la partie supérieure de la

parotide, trois pédicules souvent difficiles à apercevoir et surtout à isoler ; ils traversent la capsule glandulaire entre la racine postérieure du zygoma et le condyle du maxillaire inférieur. Ce sont :

1° *Le pédicule temporal.* — Il est constitué par les vaisseaux temporaux superficiels et par le nerf auriculo-temporal. Ces vaisseaux sont engainés dans une couche cellulo-fibreuse d'aspect rougeâtre qui représente la terminaison inférieure de l'aponévrose épiciénienne (insertion latérale). (1)

2° *Le pédicule extra-condylien.* — Il est formé de plusieurs veines venues du plexus ptérygoïdien et qui, après avoir traversé l'échancrure sigmoïde, pénètrent dans la parotide en cheminant entre le bord postérieur du masséter et la partie antéro-externe du col du condyle.

3° *Le pédicule sous-condylien.* — Ce pédicule, très important, est le moins accessible. Il est constitué par l'artère maxillaire interne et par les veines maxillaires internes collectrices des plexus ptérygoïdiens. Ce pédicule, qui se rétracte facilement, doit être lié avec soin.

Au niveau de la face postérieure de la glande, on trouve le pédicule stylo-mastoïdien, formé par le nerf facial accompagné de l'artère stylo-mastoïdienne.

Sur la face postéro-interne de la parotide et à mi-hauteur environ, se trouve le pédicule carotidien, le plus important de tous ; il est accompagné parfois d'une grosse veine.

(1) Voir pour les insertions latérales de l'aponévrose épiciénienne, Gilis (Bulletin de la société anatomique, novembre 99).

Au niveau de l'angle de la mâchoire sur un plan généralement superficiel, le pédicule de la veine jugulaire externe est facile à lier. Ajoutons que tout près de ce point, à 3 ou 4 centimètres de la glande, l'opérateur est exposé à rencontrer le tronc thyro linguo-facial, ordinairement volumineux et dont la blessure est toujours dangereuse.

III. — ZONES DÉCOLLABLES ET ZONES ADHÉRENTES.

Il y a lieu de distinguer au niveau de la parotide, des zones au niveau desquelles la glande adhère à l'aponévrose parotidienne, d'autres où elle en est facilement décollable.

1° *Zones décollables* — Ce sont de beaucoup les plus étendues ; elles occupent, en effet, presque toute la surface de la glande.

Il est d'abord une zone cutanée, vaste, très importante, située au niveau de la face externe de la glande, répondant par conséquent à la peau. En ce point, le feuillet superficiel de l'aponévrose parotidienne s'unit intimement à la capsule glandulaire de laquelle on ne saurait la séparer. L'extirpation dans cette région sera donc extra-aponévrotique ; mais, comme à ce même endroit la séparation est facile entre les téguments et l'aponévrose parotidienne, on peut ranger la face externe de la glande parmi les zones décollables.

Au point où le prolongement massétérin de la glande s'applique par la face profonde sur le masséter, se trouve la zone massétéline. A ce niveau, une dissection facile suffit à décoller le prolongement massétérin.

Contre le bord postérieur de la branche montante du

maxillaire, le décollement est également facile, grâce à l'existence, en ce point, d'un tissu conjonctif lâche qu'on a assimilé à une séreuse ; c'est la zone rétro-maxillaire.

Après elle, vient la zone stylo-ptérygoïdienne et du prolongement pharyngien, quand il existe. Le décollement de la glande est encore praticable, quoique moins commode, dans cette zone moins facilement accessible que les précédentes. A ce niveau, d'autre part, on doit lier le pédicule de l'artère maxillaire interne.

Au niveau de la face postérieure de la glande est la zone stylo digastrique, également décollable. Mais en ce point, l'artère carotide externe pénètre dans la loge à travers le diaphragme stylo maxillo-pharyngien, d'où la nécessité, pour poursuivre le décollement, de pratiquer la ligature de cette artère.

La zone sous-maxillaire continue directement la précédente ; elle est seulement située un peu plus bas et un peu plus avant sous l'angle de la mâchoire, en arrière de la glande sous-maxillaire dont elle est séparée par la bandelette maxillaire ; or, le décollement de la glande parotide est facile au niveau de ce feuillet fibreux.

A la partie supérieure de la glande, la zone auditive correspondant au conduit auditif cartilagineux est encore une zone décollable. Mais à ce niveau, on trouve une couche celluleuse dense qu'il est nécessaire de déchirer à la souche cannelée. Dans le fond de la dépression stylo-mastoïdienne, le décollement n'est possible qu'à la condition de sectionner le pédicule du facial qui pénètre en ce point dans la glande.

2° Zones adhérentes. — Ces zones, de faible surface, ont une moindre importance. En réalité il n'y en a que deux :

La zone sterno-mastoïdienne, longue de 4 à 5 centim., est située au niveau du point où l'aponévrose parotidienne s'unit à la gaine du muscle sterno-cléïdo-mastoïdien ; il y a là une adhérence intime de la glande au muscle ; les lobules glandulaires semblent pénétrer dans le corps musculaire, à tel point que le bistouri est nécessaire pour les séparer ; encore est-il préférable, pour que l'extirpation soit complète, d'enlever avec la parotide quelques fibres musculaires.

La zone temporo-maxillaire répond à la partie postérieure de l'articulation du même nom. A ce niveau, des adhérences intimes unissent la glande au ligament postérieur de la capsule. Pour les rompre, la sonde cannelée pourra être parfois suffisante ; il faut, en tous cas, se garder, lorsqu'on doit avoir recours au bistouri, d'ouvrir la synoviale articulaire.

MANUEL OPÉRATOIRE

Nous résumerons tout d'abord le procédé de Faure et celui de L. Bérard et Leriche ; nous en ferons ensuite l'étude comparative et nous conclurons à ce sujet.

I. — PROCÉDÉ DE FAURE

1^o *Incision.* — On fait une incision en T composée de deux branches : la première verticale, longue de douze centimètres environ passant au devant et le plus près possible du tragus et du conduit auditif, commençant à trois ou quatre centimètres au-dessus de la racine du zygoma, finissant à cinq centimètres environ au-dessous de l'angle de la mâchoire au niveau du bord antérieur du sterno-cleïdo-mastoïdien, empiétant même sur ce muscle ; la deuxième horizontale, perpendiculaire à la précédente, passant à un travers de doigt au-dessous de l'arcade zygomatique.

2^o *Dissection de la peau.* — On dissèque aisément les lambeaux supérieur et inférieur en passant entre l'aponévrose parotidienne et la peau ; une pince aura facilement raison de l'hémorragie qui peut se produire à ce niveau. La parotide est accessible sur toute sa surface.

3° *Disséction de la partie antéro-inférieure.* — On commence par libérer la partie antérieure de la glande. A cet effet, au niveau de l'extrémité antérieure de la région massétérine, on glisse deux pinces sous le pédicule antérieur en déchirant, s'il le faut, quelques fibres du masséter ; puis, entre les pinces, on sectionne ce pédicule : canal de Sténon, artère et veine transversales de la face, filet du facial. Il est ensuite aisé, la zone massétérine étant une zone décollable, d'isoler du masséter le prolongement antérieur de la parotide ; il y a lieu, toutefois, de sectionner au bistouri quelques vaisseaux et quelques filets nerveux qui sortent de la glande dans sa partie la plus antérieure. Au fur et à mesure qu'on se rapproche du bord postérieur du maxillaire, le décollement devient plus facile et la sonde cannelée suffit à détacher la zone rétro-maxillaire, essentiellement décollable.

La partie antérieure de la glande est maintenant dégagée ; nous allons libérer son extrémité inférieure.

Ici, nous sommes dans la zone sous-maxillaire, facilement décollable aux doigts ou à la sonde ; à la partie antérieure de cette zone on coupe entre deux pinces le pédicule de la veine faciale antérieure, s'il existe ; à la partie la plus inférieure, le pédicule de la veine jugulaire externe : il est utile, pour aller l'atteindre à son origine sous la glande, de soulever avec précaution l'extrémité inférieure de celle-ci.

Il est plus difficile de poursuivre le décollement dans la région de la glande correspondant au bord antérieur du sterno-cléïdo-mastoïdien : c'est, en effet, une zone adhérente. Pour éviter, à ce niveau, de pénétrer dans la parotide, il est préférable de dépasser les limites de la glande et d'introduire le bistouri dans la loge du sterno-cléïdo-mastoïdien dont on enlève même quelques fibres.

On ira de bas en haut en ne s'arrêtant qu'au niveau de la pointe de l'apophyse mastoïde ; on se tiendra ainsi un peu au-dessous du cartilage du conduit auditif : il y a là, en effet, l'artère auriculaire qu'il est plus commode de sectionner après la ligature de la carotide externe.

4 *Décollement de la face profonde et section du pédicule carotidien.* — L'extrémité inférieure de la glande étant libérée, il est facile de décoller à la sonde ou aux doigts la partie inférieure de la zone stylo-digastrique ; la partie supérieure de cette zone, celle qui est située au-dessus du muscle stylo-hyoïdien, est plus difficilement décollable ; à ce niveau, il faut lier soigneusement, entre deux pinces, le pédicule carotidien ; cette ligature faite, il est désormais possible d'enlever la glande sans avoir à redouter une grave hémorragie des collatérales ; de plus, on peut faire basculer la glande et élargir le champ opératoire jusqu'à hauteur de l'apophyse styloïde.

5° *Dissection de la région supérieure.* — A la région supérieure, le décollement n'est plus possible. La glande, solidement fixée en ce point par d'importants pédicules, ne saurait être mobilisée que grâce à la section de ces derniers. Le premier pédicule qui se présente, pédicule extra-condylien, aborde la glande en sortant de l'espace limité par le col du condyle en dedans et le bord postérieur du masséter en dehors ; on le saisit et le sectionne entre deux pinces. Cela fait, en renversant encore plus la glande, on aperçoit dans la profondeur le pédicule sous-condylien qui disparaît derrière le col du condyle. Ce pédicule étant, à cause de sa situation, très difficile à attaquer, il est préférable, pour ce faire, de détacher auparavant et de renverser en arrière la partie supérieure de la glande.

Dans ce but, il faut détacher à ce moment la zone articulaire et sectionner le pédicule temporal. Quelques coups de sonde cannelée rompent les adhérences avec la partie postérieure de l'articulation temporo-maxillaire (il faut éviter autant que possible le bistouri). On se porte alors sur le pédicule temporal dont les vaisseaux constitutifs cheminent le long de la racine horizontale du zygoma. Une aiguille mousse, munie d'un double fil, charge, au niveau de cette racine, le pédicule temporal qu'on sectionne ensuite entre deux ligatures. Alors apparaît le pédicule sous condylien ; mais il est difficile à lier dans cette région et il y a lieu de se donner du jour.

A cet effet, Faure propose de réséquer le bord postérieur de la branche montante du maxillaire. Cette conduite permet non seulement la ligature du pédicule sous-condylien, mais en outre, grâce à elle, il sera possible d'aller, dans un instant, décoller la zone stylo-ptérygoïdienne et le prolongement pharyngien.

6° *Réséction du bord postérieur du maxillaire.* — On détache avec la rugine le périoste et les insertions musculaires du masséter et du ptérygoïdien jusqu'à un centimètre en avant du bord postérieur du maxillaire ; on attaque ensuite celui-ci avec la pince courbe à mors latéraux. On commencera l'échancrure à deux centimètres environ au dessus de l'angle ; on l'agrandira vers le haut. Près du col du condyle, on n'enlèvera pas plus de cinq ou six millimètres d'os et on s'arrêtera d'autre part au moins à un centimètre et demi ou à deux centimètres du cartilage condylien.

7° *Dissection de la région profonde.* — Il est maintenant aisé de sectionner le pédicule sous-condylien entre deux

ligatures ; cela fait, on enlève facilement avec la sonde ou avec le doigt, le prolongement pharyngien, s'il existe. A cause du voisinage de la jugulaire interne, il ne faut pas employer le bistouri.

8° *Dissection du bord postérieur.* — A ce moment, la parotide ne tient plus que par son bord postérieur. En partant de la pointe de l'apophyse mastoïde, on se porte vers le haut, jusqu'au cartilage du conduit auditif. On sectionne au bistouri l'artère auriculaire postérieure et les veines correspondantes ; on procède ensuite au décollement de la zone auditive ; ce décollement est facile, les adhérences avec le cartilage étant faibles à ce niveau, et la sonde cannelée suffit.

Mais on ne tarde pas à être arrêté par le pédicule stylo-mastoïdien ; malgré sa profondeur, on arrive à le pincer en rabattant la glande en bas et en avant ; avec des ciseaux, on le sectionne prudemment en évitant de léser la jugulaire interne située dans le voisinage.

L'extirpation de la parotide est terminée ; il n'y a plus qu'à pratiquer quelques ligatures et suturer la peau.

II. — PROCÉDÉ DE S. BÉRARD ET LERICHE

1° *Incision.* — On fait une incision en T composée de deux branches : la première est verticale, passant immédiatement en avant du tragus ; elle commence à trois centimètres environ au-dessus de l'arcade zygomatique et finit au niveau et même au-dessous de l'os hyoïde. La deuxième horizontale, embrassant l'angle de la mâchoire, passe à un centimètre environ sous le bord de l'os et s'arrête au milieu de la saillie de la glande sous-maxillaire.

2° *Ligature de la carotide et dissection de la chaîne ganglionnaire.* — On lie l'artère carotide externe au niveau de l'angle inférieur et on dissèque la chaîne des ganglions en procédant de bas en haut jusqu'à l'angle de la mâchoire. A l'aide du doigt et des ciseaux, on vide alors la loge sous-maxillaire; puis on en rejette le contenu en arrière, ainsi que la masse ganglionnaire. On poursuit le décollement vers le haut jusqu'à deux travers de doigt environ au-dessus du bord inférieur de l'os.

3° *Libération de la parotide d'arrière en avant.* — On se porte alors sur l'oreille; on sectionne au bistouri et d'avant en arrière le conduit auditif cartilagineux, puis on le récline en arrière; on libère alors la partie postérieure de la glande en ayant soin de ne pas oublier le prolongement qui va se loger sous le conduit auditif, au-dessous du sterno-cléido mastoïdien, vers la mastoïde; il faut raser de très près le cartilage du conduit auditif, la glande étant adhérente à ce niveau. A un centimètre ou un centimètre et demi de profondeur et à un travers de doigt au-dessous du milieu du conduit auditif, apparaît alors le tronc du facial. On pourra essayer de conserver ce nerf en clivant la glande en deux masses à l'aide de la pointe des ciseaux courbes; il vaudra mieux sectionner franchement le nerf.

Avec le doigt travaillant de bas en haut, on décolle aisément la parotide et on la récline en avant en la faisant basculer autour du bord postérieur de l'os maxillaire.

1° *Section condylo marginale.* — A ce moment, on rugine la face antérieure de la branche montante en repoussant le masséter en avant. En arrière, à l'aide du bistouri, on détache le ptérygoïdien interne. On passe

ensuite la scie à chaîne à travers l'échancrure sigmoïde et on abat la marge postérieure de la branche montante. On sectionne d'un coup de ciseaux la masse glandulaire et on se porte ensuite sur le fragment postérieur qui se prolonge vers le pharynx. Avec les ciseaux, tandis que le fragment osseux est renversé en arrière, on sectionne, en rasant le temporal, la capsule articulaire ; on peut retourner complètement alors le rebord osseux et on sectionne les insertions du ptérygoïdien externe qui le retiennent encore, et le restant de la glande qu'il est facile de détacher à ciel ouvert. Ensuite on revient à la tumeur refoulée en avant avec le masséter ; on la clive en sectionnant, s'il y a lieu, les fibres musculaires. On continue la dissection le long du prolongement antérieur et du canal de Sténon jusqu'au muscle buccinateur. A ce niveau, on sectionne la tumeur et on la libère définitivement en disséquant la peau au dessus d'elle.

Il ne reste plus qu'à faire l'hémostase des pédicules et à suturer la plaie.

III. — DISCUSSION

Tels sont les deux procédés dont il nous reste à faire l'étude comparative. Quels sont leurs avantages, ont-ils des indications propres à chacun d'eux ?

Le décollement successif des diverses zones de la glande, tel que le préconise Faure, est en somme aisé à réaliser, du moins lorsque les divers pédicules ont été méthodiquement repérés. La plupart des chirurgiens qui, dans ces dernières années, se sont inspirés de ce procédé, en ont tous été satisfaits.

Les modifications proposées récemment par Bérard et Leriche se réduisent en somme à trois :

1° L'ablation de la glande sous-maxillaire.

2° La résection de la moitié postérieure de la branche montante du maxillaire inférieur, y compris le condyle.

3° L'évidement de la loge en commençant par le décollement de la partie postérieure de la glande.

Sur chacun de ces points, nous croyons que des réserves sont nécessaires.

L'ablation systématique de la glande sous-maxillaire, ne nous paraît pas toujours justifiée.

S'il est vrai que les ganglions sous maxillaires sont quelquefois envahis, en particulier dans les néoplasmes parotidiens anciens, il n'en est pas de même pour la glande sous-maxillaire, intacte le plus souvent. Même dans les tumeurs les plus malignes, comme l'épithélioma parotidien pur, la glande sous-maxillaire, dans la majorité des cas, paraît indemne de toute lésion (Delanglade et Peyron). Dans l'observation intéressante de Michaux (carcinome parotidien induré remontant à quatre ans) la glande sous-maxillaire prélevée à l'autopsie ne présentait aucune altération néoplasique ou inflammatoire.

Pour ces raisons, nous rejetons l'ablation systématique de la glande sous-maxillaire : nous pensons qu'il existe des cas nombreux, en particulier pour les tumeurs bénignes, où le chirurgien n'a pas à pratiquer l'évidement de la loge sous-maxillaire.

De même, la résection systématique de la moitié postérieure de la branche montante, est-elle toujours indiquée ? nous ne le pensons pas. On la justifie en invoquant la nécessité d'élargir le champ opératoire pour éclairer les parties profondes au cours de l'intervention. En réalité, n'est-il pas arrivé à la plupart des chirurgiens de

pouvoir terminer l'évidement de la loge parotidienne sans qu'il fût nécessaire de recourir à une résection, même partielle? Le refoulement du maxillaire, sa subluxation en avant donnent plus de jour qu'on ne le pense ; en outre, dans l'exploration des parties profondes de la loge parotidienne, le doigt est utile autant que l'œil et il peut quelquefois se substituer à lui !

L'argument de Bérard et Leriche, tiré de la présence du prolongement pharyngien pour expliquer la fréquence des adhérences à ce niveau, nous paraît avoir été exagéré ; ce prolongement n'existe pas aussi souvent que l'affirment les auteurs.

Notre maître, M. le professeur Gilis, ne l'a rencontré qu'une fois sur huit et encore dépassait-il à peine l'apophyse styloïde ! Jonnesco va plus loin et nie formellement son existence.

Il est vrai que, même en l'absence du prolongement pharyngien de la glande, le paquet cellulo-adipeux qui comble l'orifice préstyloïdien, se prête facilement à l'envahissement néoplasique. Mais n'avons-nous pas vu plus haut qu'il n'y avait pas d'intérêt à tenter l'intervention chirurgicale dans le cas d'adhérences reliant à ce niveau la glande avec les gros vaisseaux juxta-pharyngiens ?

Au surplus, ces adhérences profondes qui nécessitent, d'après Bérard et Leriche, de larges délabrements osseux, pour que l'extirpation en soit complète, ne sont pas, dans certains cas, les seules importantes. Il faudrait également tenir compte de l'envahissement possible de la région ptérygoïdienne en avant et de la fosse zygomatique en haut. Nous en voulons pour preuve l'intéressante observation de Leclerc (in *Lyon Médical* 1905)(1) ; il s'agis-

(1) Leclerc, *Lyon Médical* 1905 : Epithélioma glandulaire.

sait d'un carcinome parotidien ayant entraîné la mort au bout de quatre ans, et qui avait envahi la fosse zygomatique, l'os temporal, et les circonvolutions cérébrales, provoquant une hémiplegie complète du côté opposé ; un second prolongement avait envahi la cavité orbitaire, alors que, fait absolument remarquable, la tumeur ne dépassait pas l'apophyse styloïde, laissant intacts les gros vaisseaux juxta-pharyngiens ! N'est-il pas vrai que dans ce cas la résection de la moitié postérieure de la branche montante, telle que la proposent Bérard et Leriche eût été inutile en ce qui concerne le prolongement pharyngien et insuffisante pour la recherche des prolongements ptérygoïdien et zygomatique ? N'eût-il pas fallu, pour ce qui est de ces derniers, recourir à la résection totale de la branche montante ? Et encore celle-ci aurait-elle été insuffisante !

Est-ce à dire que le chirurgien n'aura jamais l'occasion de pratiquer la demi-résection préconisée par Bérard et Leriche ? Loin de nous cette pensée : nous l'admettons volontiers dans les cas de tumeur dont on constate, au cours de l'opération, l'extension au prolongement pharyngien (ou, en l'absence de celui-ci, au paquet cellulo-adipeux préstyloïdien) lorsqu'il est possible d'enlever à ce niveau le tissu néoplasique, et de rompre les adhérences en dehors de tout danger pour le paquet vasculo-nerveux profond du cou. Dans ce cas, la demi-résection de Bérard et Leriche facilitera les manœuvres dans la profondeur. Mais il nous paraît que c'est seulement à la fin de l'intervention suivant le manuel de Faure, après l'évidement du creux parotidien, que le chirurgien doit discuter, par l'examen attentif des parties profondes, de l'opportunité et de l'étendue de cette résection.

La troisième modification apportée par Bérard et Le-

riche au manuel opératoire, consiste dans l'évidement de la loge parotidienne en commençant le décollement par la partie postérieure de la glande. Or, de par les extirpations que nous avons pratiquées au laboratoire d'anatomie, il semble résulter pour nous que ce point de la technique opératoire est tout à fait secondaire, les difficultés sont identiques, que l'on attaque la parotide au niveau de son bord antérieur ou au niveau de son bord postérieur; même, il nous a paru que le procédé de Fauré était plus aisé. Aussi, cette dernière particularité du procédé de Bérard et Leriche, ne nous semble-t-elle pas plus suffisante que les deux autres à nous le faire adopter contre celui de Fauré, et nous ne pouvons que maintenir nos conclusions du paragraphe précédent.

Nous croyons utile de signaler, en terminant ce chapitre sur le manuel opératoire de l'extirpation parotidienne, que M. le professeur Delanglade propose de faire, dans tous les cas de tumeur maligne de la parotide, l'ablation systématique du masséter.

CONCLUSIONS

1° L'extirpation totale de la parotide est une opération possible, indiquée dans les tumeurs bénignes et dans les tumeurs malignes, au début de leur évolution, c'est-à-dire non encore propagées aux parties profondes.

2° Il est nécessaire, au cours de l'opération, de sectionner l'artère carotide externe ; ce n'est qu'en vertu d'anomalies dans la disposition de ce vaisseau qu'on peut rarement l'épargner.

La section du facial est également inévitable dans l'immense majorité des cas : la paralysie faciale est la règle.

3° L'ablation de la moitié postérieure de la branche montante du maxillaire et l'évidement de la loge sous-maxillaire, ne nous semblent pas devoir être systématiquement pratiqués, à la façon de Bérard et Leriche. Ce n'est pas qu'on ne devra jamais y recourir ; mais il nous paraît que c'est seulement après l'évidement du creux parotidien, suivant le procédé de Faure, que le chirurgien doit discuter de leur opportunité par l'examen de la région.

Vu et permis d'imprimer

Montpellier, le 23 juillet 1907.

Le Recteur,

BENOIST.

Vu et approuvé

Montpellier, le 23 juillet 1907

Le Doyen,

MAIRET.

BIBLIOGRAPHIE

- A. BÉRARD. — Des opérations que réclament les tumeurs développées dans la loge parotidienne. (Thèse de concours, 1841.)
- L. BÉRARD et LERICHE. — De l'évidement de la loge parotidienne, avec résection condylo-marginale. (Revue de Chirurgie, 1906.)
- BILLROTH.—Beobachtungen ueber geschwülste der Speicheldrüsen. (Virchow's-Archiw, 1859.) XVII.
- CUNÉO et VEAU. — Contribution à la pathogénie des tumeurs mixtès para-buccales. Congrès international de 1900. Section chirurgie.
- CURTIS et PHOCAS. — Contribution à l'étude des tumeurs mixtes de la parotide. Archiv. provinc. de méd., 1899.
- CHRÉTIEN. — Article « Parotide » du Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales. T. 21 (2^e série).
- DELANGLADE et PEYRON. — Épithélioma parotidien. Marseille médical, septembre 1906.
- DOLBEAU. — Des tumeurs cartilagineuses de la parotide et de la région parotidienne. Gaz. hebd., 1858.
- DUGLAD. — Sur l'extirpation de la parotide squirrheuse (thèse de Paris, 1829).
- DEPLAY, ROCHARD, DUMOULIN. — Manuel de diagnostic chirurgical.

- FAURE. — Etude anatomique sur l'extirpation de la parotide et la résection préliminaire du bord postérieur de la mâchoire. Gazette des hôpitaux, 23 mai 1895.
- GILIS. — La région parotidienne et l'espace maxillo-pharyngien (leçons recueillies par Peyron), 1905.
- KAUFMANN. — Das Parotissarkom. Langenbeck Arch., XXVI, 1881.
- KOLACZECK. — Ueber das angiosarcom. Deuts. Zeitschr. f. chirur., 1878.
- LACOSTE. — Mémoires et observations sur l'extirpation d'une glande parotide cancéreuse. Ann. société méd. pratiqu. de Montpellier, 1804.
- LARTIER. — Etude sur l'extirpation de la parotide dans les tumeurs de la loge parotidienne. (Thèse de Montpellier, 1897.)
- MARCOULIÈS. — Contribution à l'étude de l'histogénèse et de la pathogénie des tumeurs mixtes des glandes salivaires. (Thèse de Montpellier, 1907.)
- MASSABEAU. — La structure histologique et l'origine embryonnaires des tumeurs mixtes de la glande salivaire. Revue de chirurgie, 1907.
- MICHAUX. — Sur le cancer de la parotide. (Thèse de Paris, 1884.)
- NASSE. — Die geschwulste der Speicheldrüsen. Arch. für clin. chir., 1892.
- PLANTEAU. — Contribution à l'étude des sarcomes de la parotide. Thèse de Paris, 1876.
- PERROCHAUD. — Recherches sur les tumeurs mixtes des glandes salivaires. Thèse de Paris, 1885.
- RICIET. — Anatomie médico-chirurgicale.
- SAPPEY. — Anatomie descriptive.
- TESTUT. — Anatomie descriptive.

TILLAUX. — Traité d'anatomie topographique avec applications à la chirurgie.

TRIQUET. — Recherches d'anatomie et de pathologie sur la chirurgie parotidienne. (Arch. gén. de méd., 1852, XXIX.)

VOLKMANN. — Ueber endotheliale Geschwulste zugleich ein beitrage zu den Speicheldrüsen und Gaumentumoren. Deut. Zeitsch, für chirurgie XLI., 1895.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !
